

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE 103

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 décembre 1898, à 1 heure

MAURICE FÜRST

Né à Niederbruck (Haut-Rhin) le 16 avril 1873.

UN CAS

DE

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

TRÈS ÉTENDUE GUÉRIE PAR LA COLPOCLEISIS

Président : M. PAUL BERGER, professeur

Juges : { MM. CORNIL, professeur.
REMY et ROGER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

103

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 décembre 1898, à 1 heure

MAURICE FÜRST

Né à Niederbruck (Haut-Rhin) le 16 avril 1873.

UN CAS

DE

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

TRÈS ÉTENDUE GUÉRIE PAR LA COLPOCLEISIS

Président : M. PAUL BERGER, professeur

*Juges : { MM. CORNIL, professeur.
REMY et ROYER, agrégés.*



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Docteurs	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACQUARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARELLAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
PIERRE DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE D^r P. BERGER

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine.

Je dédie cette thèse en le priant de vouloir bien agréer l'expression de toute ma reconnaissance pour l'autorisation qu'il m'a donnée de prendre ce cas intéressant comme sujet de thèse, et pour l'honneur qu'il me fait en voulant bien en accepter la présidence.

UN CAS

DE

FISTULE VESICO-VAGINALE

très étendue guérie par la Colpocleisis.

Les fistules vésico-vaginales comptent avec raison parmi les maladies les plus désagréables dont les femmes puissent être atteintes. L'écoulement continu des urines et l'odeur urineuse très forte qu'elles répandent, leur rendent très difficile la vie parmi leurs semblables. Jusqu'au milieu de ce siècle le pronostic de cette maladie a été très grave, les méthodes opératoires n'étant pas encore assez perfectionnées pour produire des résultats satisfaisants. Quoiqu'on ait observé quelques cas de guérison spontanée par exemple Nélaton (1) et Hégar et Kaltenbach (2), cela ne se produit que très rarement, quand la fistule est très petite et presque toujours seulement pendant la période d'involution après l'accouchement. Quant au choix de l'opération le chirurgien doit avant

1. Nélaton. *Pathologie chirurgicale*.

2. Hagar und Kaltenbach. *Operative Gynecologie*.

tout tâcher de produire par son intervention un état ressemblant autant que possible à l'état normal. Dans un cas comme le nôtre il doit chercher à rétablir la continence d'urine, à permettre au flux menstruel le passage par ses voies naturelles et à rendre possible le coït et la conception.

Mais dans le cas d'impossibilité absolue qui se présente quand toutes sortes de complications s'ajoutent à la fistule et rendent la fermeture simple impossible, il se voit réduit à essayer de faire disparaître les symptômes les plus désagréables, c'est-à-dire l'incontinence d'urine avec toutes ses suites. Dans ce cas, il n'y a qu'une chose à essayer : la Colpocleisis.

L'honneur de la première idée de cette opération revient à Vidal de Cassis (1) qui, voyant le mauvais résultat des méthodes alors en usage, pensa avoir plus de succès en oblitérant le canal génital et en laissant communiquer le vagin et la vessie. Après lui Bérard (2) exploita cette idée qui fut encore perfectionnée par Simon (3) et Jobert de Lamballe (4).

Cette méthode, très répandue un moment, est depuis beaucoup moins employée, parce que par l'amélioration des méthodes directes ses indications ont beaucoup diminué. Ainsi la grandeur de la fistule n'est pas par elle-même une indication pour l'emploi de cette méthode, parce qu'il existe actuellement des méthodes de réunion

1. Vidal de Cassis. *Traité de Path. ext.*, Paris, 1841.

2. Bérard. *De l'oblitération du vagin appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales*. Bull. de l'Acad. de Med. Paris, 1845.

3. Simon. *Deutsche Klinik*. Berlin, 1856.

4. Jobert de Lamballe, *Traité de chir. plastique*, 1849.

directe plus compliquées qui permettent de réunir les bords de la fistule sans oblitérer le vagin. Bien qu'à l'heure qu'il est on arrive à guérir des fistules par la suture directe malgré des complications de dégénérescence cicatricielle des parois vaginales et de fortes adhérences des bords de la fistule avec les os du bassin, on se trouve pourtant quelquefois en face de pertes de substance tellement étendues qu'il y a impossibilité absolue à trouver les matériaux nécessaires pour fermer la fistule. Ces pertes de substance peuvent englober l'urètre, la vessie, le vagin et la matrice. Dans ces cas on est obligé de recourir à la colpocleisis et on arrive au moins à obtenir une guérison relative et à délivrer la femme du symptôme le plus désagréable de son mal, l'incontinence d'urine.

Un cas de ce genre s'est présenté l'année dernière à la clinique gynécologique de Strasbourg. Il est intéressant à étudier parce qu'il représente un cas typique de fistules impossibles à fermer directement, et c'est de lui que nous allons nous occuper dans cette étude.

OBSERVATION

Voici la lettre d'introduction de la malade.

Mme G..., d'Odessa, qui vous apportera cette lettre, m'a été amenée de la campagne le 3 décembre de l'année dernière pour se faire soigner par moi. Elle raconte avoir été accouchée le 27 novembre par forceps d'un enfant mort à la suite de deux jours de travail. Je l'ai trouvée dans un état déplorable, souffrant beaucoup, très anémiée, avec une fièvre légère. Elle se plaint de cuisson dans les parties génitales et de ténèbres très douloureux dans l'anus. La peau de la région anale et vulvaire est couverte d'excoriations et d'un eczéma très douloureux. A différentes places de la région scrotale elle a des escharres superficielles, le périnée est déchiré jusqu'à l'anus. On voit pendre hors de la vulve béante des morceaux de tissus écrosés, et il s'en écoule continuellement un liquide fétide formé d'urine décomposée et de pus. Au toucher l'index se perd dans une masse inextricable de lambeaux de tissus gangrénés sans qu'il y ait moyen de reconnaître n'importe quel organe. Même en chloroformant la malade il est impossible d'arriver à l'orifice de la matrice. A droite on arrive sur le muscle obturateur interne qui est complètement mis à nu.

Dans la suite son état s'améliora considérablement. Déjà à son arrivée on avait constaté un phlegmon sous-cutané à l'avant-bras droit. Il s'en forma un autre beaucoup plus étendu et plus profond qui intéressait même l'articulation radio-carpienne gauche.

On incisa et draina les plaies, et de cette façon on obtint une guérison normale. On n'observa qu'un léger mouvement fébrile. Dans le courant de quatre semaines, grâce à des soins constants les parties nécrosées se détachèrent. Presque journellement on en voyait tomber des lambeaux plus ou moins grands, dépassant souvent la grandeur de la peau de la main. La plaie qui resta se cicatrisa peu à peu. L'eczéma et les ulcérations des environs guérirent, et l'état général s'améliora chaque jour grâce à une bonne nourriture.

Le 18 janvier je trouvai le status suivant :

Les grandes et petites lèvres sont presque intactes, l'entrée du vagin se cicatrise du dehors en dedans, mais il est dur et manque complètement d'élasticité. Il n'existe plus que deux tiers de l'urètre. On entre dans un canal dont les parois inférieures et latérales sont formées par le rectum, les os, les muscles et les aponévroses du bassin recouverts de tissu cicatriciel. En avant cette cavité est fermée par un prolapsus du cul-de-sac vésico-utérin. Vers le haut on arrive sur une ouverture ronde à bords assez nets, mais on ne peut y introduire que la pointe de l'index. De chaque côté de cette ouverture on sent un léger enfoncement. Dans celui de droite se trouvent quelques concrétions de sels urinaires, ce sont probablement les orifices des uretères. Les parois normales du vagin et de la vessie ont complètement disparu. Quelle que soit la position de la malade, on voit s'écouler continuellement des urines claires, rarement mêlées de quelques flocons de pus et de

mucus. Il est impossible, sans endormir la malade, de se rendre compte de la position de la matrice.

Dans ces conditions je ne pus rien lui offrir d'autre qu'une occlusion vaginale, estimant que cette opération était la seule manière de remédier à l'incontinence d'urine. Mais elle n'en voulut rien entendre, l'opération devant lui enlever la faculté des rapports sexuels avec son mari.

Dr. J. M.

Odessa, le 5 février 1896.

Anamnèse.—26 février 1896.— Le père de la malade est mort du choléra, sa mère vit encore et se porte bien. Elle-même prétend n'avoir appris à marcher que dans sa deuxième année, et dit n'avoir jamais été malade auparavant.

Elle a eu à douze ans et demi ses premières règles, revenant d'une façon régulière et durant deux à trois jours, provoquant des crampes, mais sans être trop fortes.

Elle n'a accouché qu'une seule fois il y a trois mois. On employa le forceps à cause d'un bassin rétréci. Le second jour après l'accouchement la malade remarqua que ses urines s'en allaient spontanément par le vagin.

Etat général.

La malade est de taille moyenne, fortement charpentée. Son teint est assez pâle, la langue légèrement chargée. Les organes du thorax ne présentent rien d'anormal. L'abdomen est un peu ballonné, mais mou. Pannicule graisseux assez fort. Sur la peau on remarque de nombreux petits abcès. Sur la face dorsale des avant-bras droit et gauche deux cicatrices. A la cicatrice du bras gauche, une petite surface non encore fermée. Il existe une contracture du second, troisième et quatrième doigt de la main droite, l'extension se fait assez difficilement ainsi que la supination du bras gauche.

Etat des organes génitaux.

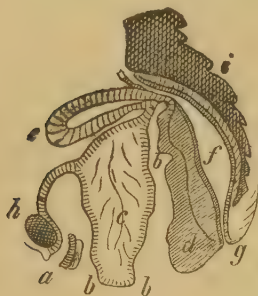


FIG. I.

- | | |
|---|------------------------------|
| <i>a.</i> Urètre. | <i>e.</i> Utérus. |
| <i>b.</i> Vagin. | <i>f.</i> Rectum. |
| <i>c.</i> Membrane muqueuse de la vessie
en prolapsus. | <i>g.</i> Anus. |
| <i>d.</i> Périnée cicatrisé. | <i>h.</i> Symphyse pubienne. |
| | <i>i.</i> Sacrum. |

Dans l'orifice du vagin se présente un bourelet couvert d'une membrane muqueuse que l'on peut refouler dans le vagin avec le doigt. Au toucher, on trouve dans la paroi postérieure de la vessie un grand trou. Ce bourelet est la muqueuse de la paroi antérieure de la vessie, qui par l'ouverture de la paroi postérieure passe dans le vagin. Au bord supérieur latéral de cette muqueuse on voit une cicatrice. C'est à cet endroit que la partie postérieure du fond de la vessie et la partie antérieure du museau de tanche se sont soudées ensemble après la disparition de la paroi vesico-vaginale. La vessie et le vagin ne forment plus qu'une seule grande cavité. A côté de cette cicatrice nous trouvons dans la partie supérieure et postérieure de cette cavité un petit enfoncement que nous présumons être l'orifice utérin. Nous en acquérons la certitude en arrivant à introduire par là une sonde utérine dans la cavité de la matrice, mais pour cela il faut employer une pression assez énergique. La matrice se trouve en antéflexion complète formant un an-

gle aigu avec le vagin. La portion vaginale de la matrice a complètement disparu et l'orifice utérin est agglutiné. La cavité de Douglas est remplie de brides cicatricielles.

5 mars 1896. — On introduit une sonde utérine. La vessie est fortement soudée au fond du vagin. Au milieu de cette cicatrice se trouve l'orifice de l'uretère gauche qui est dilaté à cause de la stricture cicatricielle de son orifice. Avec une sonde de Nélaton fine, on peut pénétrer à une profondeur d'environ 30 centimètres, probablement jusque dans le bassin du rein. Pendant le sondage il sort une grande quantité d'urine. Du côté droit on trouve l'orifice de l'uretère dans un pli de la muqueuse. Il débouche librement dans la vessie, l'urine en sort goutte à goutte, à droite très peu, à gauche en grande quantité et sanguinolente.

On ordonne des bains de siège prolongés et on tamponne le vagin avec de l'ouate enduite de vaseline boriquée.

9 mars 1896. — Première opération.

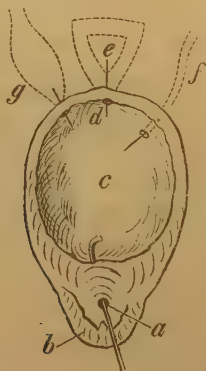


FIG. II

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| a. Urière. | e. Matrice. |
| b. Petites lèvres. | f. Uretère droit. |
| c. Paroi antérieure de la vessie. | g. Uretère gauche dilaté. |
| d. Orifice utérin. | |

Après une désinfection soigneuse des organes génitaux externes et internes, on introduit dans la matrice des sondes d'un calibre de plus en plus fort. Avec un bistouri boutonné on incise à droite et à gauche le col de l'utérus sur une longueur d'à peu près 4 millimètres, de façon à ce que l'orifice utérin ait une largeur d'un centimètre. On introduit des sondes dilatables et après les avoir sorties on tamponne avec de la gaze iodoformée. On incise aussi l'orifice de l'uretère gauche pour lui donner une largeur de 3 à 4 millimètres. On fait l'excision d'un morceau étroit de la cicatrice sur une longueur d'à peu près deux centimètres et demi. Son axe est dirigé en travers de droite à gauche. L'incision commence au bord de la vessie et va jusqu'au bord de la cicatrice, c'est-à-dire un peu à gauche de la ligne médiane de la paroi postérieure. Vers le bas l'incision atteint le reste de l'urètre, vers le haut elle passe tout près de l'orifice de l'uretère.

La largeur du morceau excisé est de 8 millimètres.

L'urine s'écoule de nouveau en grande quantité. Elle est trouble et à l'examen microscopique on trouve beaucoup de globules de pus et de cellules épithéliales et en conséquence de cela un peu d'albumine, mais pas de cylindres. Après l'excision de ce morceau de muqueuse on pose deux petits fils d'argent de haut en bas, et un fil d'argent de droite à gauche pour tâcher de rapprocher de l'urètre et du bord de la fistule une partie de la paroi inférieure. La perte de sang a été minime.

16 mars 1896. — On procède à l'enlèvement des fils. On coupe les deux fils d'argent posés de haut en bas, et on remarque que l'un des deux s'est presque complètement détaché de lui-même. Le troisième fil posé de droite à gauche a disparu. La forte tension l'a fait se détacher tout seul.

10 avril 1896. — On électrise les bras avec le courant constant et on met la malade au régime lacté. On essaie de retenir la muqueuse vésicale en introduisant dans la vessie un ballon de caoutchouc. On fait passer le tube qui sert à le gonfler par l'urètre. Chaque jour on l'enlève pour faire une irrigation d'eau boriquée et on le réintroduit en le gonflant modérément. Pour retenir le ballon on pose en outre un tampon d'ouate enduit de vaseline boriquée dans le vagin. Après trois jours on est obligé de cesser, vu que la pression sur les parois de la vessie produit une forte irritation.

On continue à mettre des tampons d'ouate enduits de vaseline boriquée et à faire des irrigations à l'eau boriquée.

4 mai 1896. — Aujourd'hui on change la malade de salle. Son état de nutrition est bon, mais le pannicule graisseux est flasque et le teint jaunâtre et maladif. Les différentes blessures aux bras sont complètement guéries.

La vulve baille un peu, le périnée qui avait été déchiré pendant l'accouchement est fortement cicatrisé. Le prolapsus de la muqueuse de la vessie passe entre les petites lèvres et dépasse la fente vulvaire de plus d'un centimètre, elle est difficile à retenir à l'intérieur. La base du vagin est formée par la paroi vaginale postérieure, plate et large d'environ 1 1/2 centimètre ; la coupoie est formée par la partie antérieure de l'urètre et un reste de paroi vaginale latérale de chaque côté. Plus loin en arrière on aperçoit séparée par une ligne grisâtre, un peu saillante (la cicatrice) le tissu utérin (le reste du col) rouge et bourgeonnant, dans lequel se trouve l'orifice utérin ; plus loin la muqueuse de la vessie aussi bourgeonnant et formant bourrelet. Cette muqueuse a de nouveau une consistance molle. La dureté de la cicatrice et le peu d'élasticité de la substance utérine gênent beaucoup l'introduction du spé-

culum en le faisant facilement glisser en avant vers la vulve ou en arrière vers la vessie.

*Seconde opération.**

Avant de commencer l'opération nous formons le plan suivant : Nous ferons une incision en forme de croissant autour de la muqueuse de la vessie pour la séparer de la matrice et des parties latérales du vagin. En partant de cette incision nous détacherons la muqueuse vésicale et nous la rendrons mobile au point de pouvoir facilement réunir cette plaie au bord inférieur de l'urètre préalablement avivé.

Pour exécuter ce plan il fallut d'abord rechercher les uretères pour ne pas les prendre dans la suture. L'uretère droit débouchait près de la matrice dans un pli de la muqueuse vésicale. L'incision faite à la première opération avait très bien maintenu l'orifice béant, et on pouvait très facilement y introduire une sonde. Après s'être rendu compte de la direction de l'uretère en le sondant avec un sonde de Kelly, on y introduisit une sonde élastique jusqu'à une profondeur d'environ 12 centimètres. On trouve l'uretère gauche tout à côté de la cicatrice utéro-vésicale en voyant parfaitement sortir l'urine goutte à goutte de son orifice assez rétréci. On en fendit largement l'orifice sur une sonde cannelée, et on y introduisit une sonde élastique comme on l'avait fait du côté droit. Pour les distinguer on avait mis une sonde brune à droite et une noire à gauche et on les fixa aux cuisses avec deux fils de soie.

Après ces préparatifs on fit l'incision projetée suivant le contour de la muqueuse vésicale, et en s'aidant du spéculum on commença à disséquer la muqueuse. Comme on s'aperçut très

vite qu'elle était très mince et friable, on fut obligé d'y laisser attachée une couche de tissu utérin. De cette façon on forma un lambeau en prenant surtout soin des coins pour ne pas entamer les uretères. La perte de sang, qui aurait pu gravement entraver la facilité de l'opération fut heureusement très peu abondante. Pendant tout le temps il fallut faire très attention de ne pas déplacer les sondes des uretères en épongeant. Ensuite on aviva la face inférieure de l'urètre en enlevant la muqueuse vaginale. Ici aussi on prit bien garde de former des coins bien nets. Pendant qu'on enlevait le lambeau on avait replié les sondes vers en bas, avant de faire la suture on les fit passer par l'urètre.

On posa le premier fil au milieu en prenant d'abord d'en bas la plaie de l'urètre, puis on détacha l'aiguille et en la renfilant à l'autre bout du fil on prit un morceau large du lambeau. En serrant le fil, on vit s'appliquer exactement plaie sur plaie, sans qu'il se produisît une tension quelconque. Avant de nouer le fil on en posa d'abord encore un à droite et à gauche près des orifices des uretères en les faisant passer en même temps par la plaie de l'urètre. On noua les fils en commençant par celui du milieu pour retenir le prolapsus de la paroi antérieure de la vessie. On posa encore un fil dans chaque coin puis un autre passant par l'urètre et la paroi postérieure du vagin pour diminuer la tension. La plaie de la paroi antérieure de la matrice qui restait à découvert dans le vagin, fut couverte de gaze iodoformée. Pour la protéger contre l'imbibition d'urine on la recouvrit encore près de l'urètre d'une feuille de gutta-percha laminé. On fixa aux deux sondes des uretères, deux drains fins qui se déversaient dans deux urinaux. Pendant les premières heures qui suivirent l'opération la malade ne mouilla pas son lit, plus tard seulement les

urinaux débordèrent souvent et une fois l'un des drains glissa de la sonde ce qui mouilla le lit de la malade.

La malade se plaignit d'un peu de cuisson dans l'abdomen, et une fois vers 3 heures de l'après-midi elle sentit un envie d'uriner. Il fallait présumer dans ce cas, qu'il pouvait couler un peu d'urine dans la vessie en passant à côté des sondes. Cette urine pouvait ou bien s'écouler doucement par l'uretère que les sondes empêchaient de se fermer complètement, ou bien s'accumuler dans la vessie.

5 mai 1896. — La malade a été tout le temps couchée sur le côté. Elle a un peu mouillé ses draps, mais on a pourtant recueilli une bonne quantité d'urine dans les deux vases. L'urine sortant de l'uretère droit est un peu sanguinolente. Trois fois dans la nuit la malade s'est plaint d'envie d'uriner. Un sondage de la vessie fait avec beaucoup de précautions n'amena que quelques gouttes d'urine. La température et le pouls sont normaux.

6 mai 1896. — Aujourd'hui on a enlevé le tampon. La paroi vaginale est un peu chargée. La suture a l'air de bien tenir. Dans le coin droit on remarque un petit point noir et on voit passer goutte à goutte de l'urine claire. Les sondes des uretères fonctionnent bien. Les urines sont transparentes. La malade n'a pas de douleur ni à la plaie ni dans la région des reins ; il n'y a pas d'urine dans la vessie. Le pouls et la température sont normaux.

7 mai 1896. — Depuis cette nuit l'urine n'a plus passé par la sonde droite. La partie de la sonde qui était dans la cavité vésicale est tout-à-fait rongée, la partie qui était dans l'uretère est complètement lisse. Il s'écoule du vagin une grande quantité de liquide muco-purulent.

Dans la matinée on enlève aussi la seconde sonde, pleine

d'urine et bien perméable. Naturellement que la malade se mouille maintenant.

La sonde de l'urètre droit était bouchée à deux places. Avant l'ouverture latérale, située à environ 1 centimètre 1/2 du commencement de la sonde, se trouvait un concrément dur, de consistance cristalline, qui se dissout avec de l'acide azotique en formant des bulles de gaz. C'est donc probablement du carbonate de chaux.

Après l'ouverture latérale se trouvait un second bouchon, formé de matières organiques. A l'examen microscopique je trouvai du mucus, beaucoup de bacilles, beaucoup de globules de pus, quelques rares cellules épithéliales et des urates amorphes.

Le 16, 17 et 18 mai. — La malade a de la fièvre. A cause de l'hydronéphrose constatée plus tôt on craint une pyelonéphrite. L'urine contient 1 1/2 pour mille d'albumine d'après Esbach. A l'examen microscopique j'ai trouvé beaucoup de globules de pus, des cellules épithéliales dégénérées, des cylindres granulés et beaucoup de cristaux et des détritits en quantité.

On ordonne la diète lactée. L'opération n'a pas réussi.

Troisième opération.

22 mai 1896. — Comme il paraît impossible de fermer d'un seul coup la fistule qui n'est pas diminuée le moins du monde, on essaie de fermer au moins les coins en avivant les parties latérales, et de tâcher de rapprocher de cette façon les parois postérieure et antérieure. La malade chloroformée, on fait les avivements projetés et on suture de chaque côté avec trois fils de Florence.

De cette façon on arrive à réduire facilement la fistule à un diamètre d'environ un centimètre.

28 mai 1896. — Avant d'enlever les fils on remarque de nouveau immédiatement dans la vulve le prolapsus de la paroi vésicale antérieure. La dernière opération n'a pas tenu du tout. L'état est le même qu'il y a plusieurs mois. On prend donc la résolution d'essayer l'occlusion vaginale. Mais avant tout il faut tâcher de retenir avec un tampon la muqueuse dans la vessie. On introduit un ballon qu'on gonfle dans le vagin, ou plutôt dans la cavité unique formée par le vagin et la vessie. Quoiqu'on ne lui donne que la grosseur d'une petite pomme, la malade a de telles douleurs au bout d'une demi-heure à peine qu'on est obligé de l'enlever. Les douleurs ressemblaient à des douleurs d'enfantement. Probablement que les muscles de la vessie, irrités par la pression intérieure, pressent le ballon contre la cicatrice et en comprimant ainsi les uretères provoquent les douleurs.

7 mai 1896. — On revient à l'ancienne manière. On introduit dans la vessie un tampon d'ouate de la grandeur d'une noix, enduit de vaseline boriquée et pour le retenir on en met un second plus grand dans le vagin. Ces tampons sont expulsés très facilement et fréquemment, surtout quand la malade se lève.

9 juin 1896. — La malade a le teint pâle et l'air souffrant. Son état moral est très mauvais et son état général a beaucoup baissé à la suite de manque d'appétit, jeûne, soucis etc. Les organes génitaux externes sont en très bon état malgré l'écoulement d'urine qui dure depuis plus de deux mois, et il n'y a pas d'eczéma. En écartant les jambes la vulve baille un peu parce que le périnée est formé d'une cicatrice large et

rigide. La muqueuse vésicale rouge apparaît dans la vulve entrouverte. On remarque de petites excoriations sur la partie la plus en avant qui se trouve exposée aux plus fortes pressions. On peut facilement la réduire dans la vessie. La muqueuse étant retenue par un tampon d'ouate elle forme une cavité de la grandeur d'une petite pomme. De la vulve à la vessie il n'existe qu'un canal de cette forme $\cap$ complètement rigide ayant un diamètre de près de trois centimètres, dont la fin ou plutôt l'entrée dans la vessie forme un orifice rond. A l'endroit où le tissu cicatriciel passe du périnée à la paroi du vagin, on remarque un petit cul-de-sac qui n'a pas d'orifice externe. Les orifices des uretères débouchent tout près du bord de la vessie, sont largement ouverts et faciles à sonder ; il en sort de l'urine un peu trouble. Au toucher rectal on ne sent qu'un paquet de masses cicatricielles dans lequel il est impossible de reconnaître avec certitude un organe quelconque. Après avoir vu échouer les opérations précédentes nous ne pouvons plus penser à autre chose qu'à l'occlusion vaginale comme opération définitive. Ce qui nous confirme dans cette résolution est la certitude que toute réunion des parois plus au fond de la vessie provoque une telle tension que les fils coupent très vite les tissus. Nous proposons donc cette opération à la malade, espérant pouvoir plus tard par une opération plastique du périnée lui former encore un semblant de vagin de quelques centimètres de profondeur.

Quatrième opération.

On avait d'abord pensé à réunir les deux parois latérales du vagin pour ne pas entamer l'urètre dont il ne reste plus

qu'une petite partie. Mais un examen approfondi prouva qu'il était préférable de réunir les parois antérieure et postérieure. Ce qui gênait le plus étaient les grandes cicatrices qui rendaient le vagin complètement rigide, mais on espérait qu'après avoir agité profondément les parois postérieure et latérales tout deviendrait plus mobile. En couchant la femme sur le côté on voyait mieux.

Quoiqu'il ne resta plus grand chose en fait de muqueuse vaginale l'urètre avait conservé sa muqueuse. Comme on désirait avant tout ne pas avoir de perte de substance, et qu'on cherchait à allonger l'urètre dont il ne restait plus qu'une petite partie, on se décida à procéder par la formation de lambeaux. On fit d'abord une incision circulaire qui commençait à peu près à 2 millimètres au-dessous de l'orifice urétral, passait sur la paroi vaginale droite, puis postérieure, puis gauche et revenait au point de départ. Sur la paroi postérieure l'incision passait un peu en dedans du petit cul-de-sac dont nous avons parlé plus haut. En partant de l'incision on forma en allant vers l'intérieur un lambeau annulaire qui n'a qu'une largeur de un demi centimètre à l'urètre mais de plus d'un centimètre sur le reste du pourtour. On replie le lambeau vers l'intérieur de la vessie et on fait une suture continue, comme on opère pour fermer le rectum ou la vessie d'après la méthode des lambeaux. En examinant bien la suture on remarque quelques places mal fermées et on y remédie en posant encore quelques points de suture isolés. Cette suture réunit le côté droit au côté gauche. Par dessus on passe encore à travers la peau et la plaie des fils d'argent pour réunir la paroi postérieure et l'urètre. Les deux sutures se croisent donc.

9 juin 1896. — On laisse après l'opération la sonde métallique qu'on avait introduite auparavant pour retenir la paroi vésicale loin de la place avivée et pour l'empêcher d'être prise dans la suture. L'urine passe bien par la sonde, au commencement elle est encore sanguinolente mais sans caillots. On tient la malade couchée sur le côté.

10 juin 1896. — On remplace la sonde métallique par une sonde de Nélaton. L'urine est un peu trouble. La température est normale. La malade ne mouille pas son lit.

11 juin 1896. — Cette nuit la sonde n'est pas bouchée, on la sort et la nettoie et on n'y trouve que des flocons de mucus.

13 juin 1896. — Depuis lors la sonde a été bouchée à plusieurs reprises toujours par du mucus. Souvent il suffisait de la remuer un peu pour faire couler de nouveau l'urine, mais la plupart du temps il fallait la changer. Quand la sonde se bouche la malade a des envies d'uriner et l'urine coule à côté de la sonde, mais quand l'urine passe bien par la sonde la malade ne sent rien.

16 juin 1896. — Dans les deux derniers jours la sonde est bouchée plus souvent principalement par du mucus, de temps en temps on y trouve aussi un fil. Deux fois par jour on fait une irrigation avec une solution de bicarbonate de soude.

18 juin 1896. — On enlève les fils. Il n'y a qu'une partie large d'un centimètre de la suture extérieure qui ait tenu. La suture intérieure paraît avoir tenu en entier, mais on voit dans la cavité entre les deux sutures une masse de lambeaux grisâtres fortement infiltrés de sels urinaires. En se couchant sur le dos la malade mouille ses draps, mais en se couchant de côté tout resté sec.

22 juin 1896. — Peu à peu de grands lambeaux gangréneux s'éliminent. Dans la suture intérieure il y a une fistule à côté

de l'urètre. On ne voit pas la muqueuse vésicale. On enlève la sonde et la malade se mouille.

25 juin 1896. — D'autres lambeaux gangréneux tombent. L'urine passe par une ouverture du plan de suture intérieur dans la cavité entre les deux sutures et s'écoule par les deux trous du plan de suture extérieur.

1^{er} juillet 1896. — La plus grande partie de la suture intérieure est quand même tombée, et la muqueuse vésicale revient affleurer les orifices. L'urètre est très large et il faut prévoir le cas où même si l'occlusion vaginale réussissait la malade ne pourrait pas retenir son urine pour cause d'insuffisance du sphincter de l'urètre.

Cinquième opération.

2 juillet 1896. — En partant de l'urètre on fait une incision d'un centimètre de long de chaque côté en biais sur la surface interne des petites lèvres. En outre on avive la circonférence du trou situé entre l'urètre et la bande cicatricielle qui est resté du plan de suture extérieur de l'opération précédente excepté sur l'urètre. De cette façon on fait de chaque côté une incision triangulaire qui forme deux lambeaux triangulaires. On pose trois points de suture profonds dans la plaie et trois points de suture superficiels par la muqueuse.

5 juillet 1896. — Sur la table d'opération on écarte soigneusement les grandes lèvres pour observer le résultat de l'opération. Pas de rougeur ni d'enflure.

9 juillet 1896. — L'occlusion de la partie antérieure n'a pas tenu entièrement.

11 septembre 1896. — La malade a passé cinq semaines dans la

montagne à un régime sévère et s'est bien remise. Elle se porte bien et a le teint frais. Il n'y a presque plus d'albumine dans les urines. L'état des organes génitaux n'est pas grandement changé. Tout près de l'urètre il y a une bride cicatricielle en travers de l'orifice vaginal et à un millimètre en arrière une seconde large d'un centimètre. Entre celle-ci et la paroi postérieure du vagin se trouve un trou de la grandeur d'une fève de haricot. La paroi postérieure du vagin se compose encore toujours d'un tissu cicatriciel dur et rigide, qu'on peut le mieux comparer à une large voie. Par sa rigidité elle empêche le rapprochement des deux fesses. Il faut se résoudre à détruire le résultat des opérations précédentes et à en essayer une nouvelle. Pour cela la condition *sine qua non* paraît être l'excision complète de tout le tissu cicatriciel.

Sixième opération.



FIG. III.

- a. Urètre.
- b. Ouvertures par lesquelles s'écoule l'urine.
- c. Brides cicatricielles.
- d. Périnée (cicatrice).
- e. Anus.

Après désinfection on coupe les brides et on a de nouveau devant soi l'aspect primitif du canal vésico-vaginal de l'épais-

seur du pouce, au fond on voit bomber la muqueuse vésicale. Par derrière la masse cicatricielle rigide de la paroi postérieure du vagin et par devant l'urètre, long d'un peu plus d'un demi-centimètre. Pour commencer on avive avec soin toute la paroi postérieure de l'urètre et les parties adjacentes où l'urètre et le vagin se touchent, et en même temps on avive largement tout le tour du vagin surtout par derrière pour enlever la cicatrice. L'avivement a une largeur d'au moins 1 centimètre $1/2$.

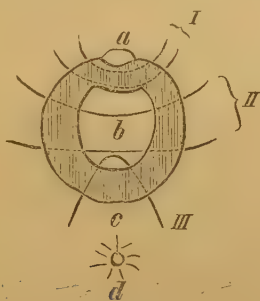


FIG. IV.

a. Uretère. — b. Vagin. — c. Périnée. — d. Anus.

I. }
II. } Fils de suture.
III. }

On commence par poser deux fils de soie (I) près de l'urètre. Ils doivent un peu rétrécir l'urètre et fermer l'angle près de l'urètre. Ensuite on pose deux fils (II) près des bords de la plaie en veillant bien à ce que l'aiguille ressorte à l'intérieur aussi près que possible de la plaie. L'aiguille III prend l'angle de la plaie à la paroi postérieure du vagin. Après avoir soigneusement nettoyé la plaie on noue les fils, puis on pose encore quelques points de suture superficiels. On met une sonde à demeure. Tous les quarts d'heure la malade sent une forte pression dans la vessie et expulse de l'urine à côté de la sonde. En dehors de cela elle ne se mouille pas.

17 septembre 1896. — Aujourd'hui la malade a eu une hémorrhagie de la vessie. On fait avec grand soin un lavage de la vessie et on voit que les sutures tiennent. On peut introduire à peu près la valeur de deux cuillers à bouche d'eau boriquée.

19 septembre 1896. — Depuis le lavage de la vessie, la pression a disparu et la malade est tout à fait au sec.

20 septembre 1896. — Aujourd'hui, sans qu'on ait touché à rien, la malade est de nouveau mouillée.

22 septembre 1896. — Après avoir enlevé les fils nous voyons que du moins la partie près de l'urètre s'est fermée. Il reste une petite ouverture par derrière au périnée probablement qu'il y avait encore du tissu cicatriciel qui a empêché la guérison.

Septième opération.

13 octobre 1896. La situation est la suivante :

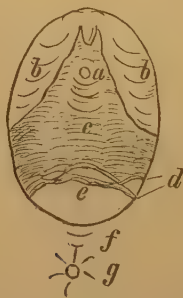


FIG. V.

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| a. Urètre. | e. Fistule de la grandeur d'un pois. |
| b. Petites lèvres. | f. Périnée (cicatrice). |
| c. Partie fermée. | g. Anus. |
| d. Petites brides cicatricielles. | |

Près de l'urètre se trouve une partie d'au moins 1 1/2 centi-

mètre de large qui est complètement fermée. La grande cicatrice du périnée a beaucoup diminué. La petite fistule n'a plus que la grandeur d'un pois et est encore éloignée de trois centimètres de l'anus. Avant tout on fait vers derrière une incision en forme de fer à cheval autour de la fistule. Une seconde incision part à angle aigu des deux bouts de la première et contourne par derrière toute la large cicatrice du périnée. On fait l'excision des tissus qui se trouvent entre ces deux lignes. La plaie a à peu près l'aspect suivant.

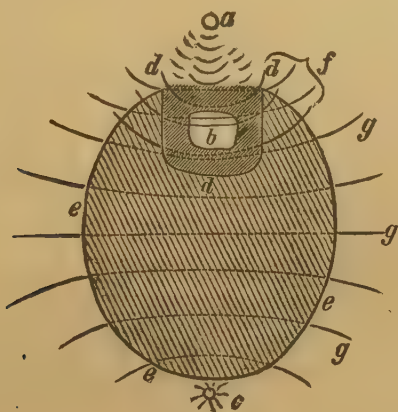


FIG. VI

a. Urètre.
b. Fistule.
c. Anus.
d. Première incision.

e. Deuxième incision.
f. Fils de catgut.
g. Crins de Florence.

On avive, en grattant avec le bistouri et en enlevant à plat avec des ciseaux courbes les parties superficielles entre l'urètre et la fistule. La grande plaie du périnée est faite très profonde jusque sur le sphincter et le releveur de l'anus.

On fait les trois point de suture profonds avec du catgut, pour les deux coins supérieurs de la plaie on emploie de la

soie fine, et on suture le reste avec des crins de Florence. On a fait toute l'opération avec le plus grand soin, principalement l'avivement et les sutures, et on a veillé à ce que les bords de la plaie soient bien unis. On pose une sonde à demeure.

23 octobre 1896. — Deux fois par jour on lave la vessie avec une solution de chlorate de potasse. La sonde est bouchée très souvent par de petits caillots de sang et de petits lambeaux. Très souvent la malade se plaint de douleurs fortes et pressantes dans la vessie. Pas d'enflure à la plaie. Avec la sonde à demeure la malade ne se mouille pas. Aujourd'hui on enlève quelques fils. La plaie paraît très bien cicatrisée.

26 octobre 1896. — On enlève le reste des fils. La cicatrice qu'on voit très bien forme une ligne droite.

30 octobre 1896. — La malade peut retenir son urine pendant une heure et seulement quand elle fait de plus grands efforts elle en perd goutte à goutte.

20 novembre 1896. — Pour surveiller le résultat de l'opération on a gardé la malade un mois de plus à la clinique. Son état est le même que le trente du mois dernier, et elle se sent tout à fait à son aise.

Nous allons résumer les observations que je viens de donner en détail en y rattachant la discussion des différentes méthodes.

Mme G. vint à la clinique au milieu de février 1896 souffrant d'une incontinence d'urine complète. D'après l'anamnèse et les explications données par un confrère russe la chose était arrivée de la façon suivante : la malade avait un bassin rachitique très prononcé et était arrivée à sa première grossesse à un âge assez avancé. Au commencement de l'accouchement la rupture de la

poche des eaux eut lieu de très bonne heure, et on ne se décida que deux jours après à chercher un médecin qui accoucha avec forceps un enfant mort. Deux jours après l'accouchement l'incontinence d'urine se manifesta. On peut se demander si dans le cas présent l'emploi du forceps était bien indiqué. La malade avait été atteinte de rachitisme et en gardait les traces sur son corps ; le bassin spécialement présentait la forme rachitique classique. D'après tout ce que nous savons l'accouchement a dû avoir lieu dans des conditions très défavorables, et la craniotomie aurait peut-être été préférable, l'enfant étant probablement déjà mort. En tous les cas il est extrêmement difficile de donner un avis exact à distance sans avoir vu les choses au moment même. A tout cela il faut ajouter que la malade demeurait dans une ferme très isolée et avait fait chercher le médecin beaucoup trop tard. Du reste ici comme dans presque tous les cas de ce genre, ce n'est pas l'application du forceps en elle-même qui a provoqué l'incontinence d'urine, mais bien la pression prolongée de la tête du fœtus sur les parties molles du bassin. La vessie n'a pas été *déchirée*, mais elle a été détruite par la *gangrène* provoquée par une pression de longue durée.

Peu de jours après l'accouchement on a transporté la femme à Odessa pour la soigner. A son arrivée là-bas, nous écrivait-on, son état était des plus graves. Très anémique, atteinte de fièvre septique elle se plaignait de fortes cuissons dans les organes génitaux. Le périnée était déchiré profondément jusque tout près de l'anus. Un fort eczéma existait autour de la déchirure et de la vulve. On voyait

sortir de la vulve des lambeaux de tissu nécrosé et un liquide fétide mêlé d'urine. Comme il était absolument impossible de s'orienter dans la cavité vésico-vaginale remplie de ces lambeaux gangrénés on commença par un traitement expectatif. Bientôt se formèrent à l'avant-bras droit et plus tard au gauche de grands abcès sous-cutanés, probablement des métastases pyohémiques, qu'on dut ouvrir et traiter chirurgicalement. En soignant bien la malade et en améliorant son état général on vit peu à peu les parties gangrénées se détacher et les plaies se cicatriser.

C'est alors qu'on envoya Mme G... à Strasbourg pour se faire guérir de son incontinence d'urine. A son arrivée elle a le teint pâle et une expression souffrante, la peau des fesses et des cuisses est couverte de petits furoncles. Sur la face dorsale de l'avant-bras droit elle a une profonde cicatrice, à l'avant-bras gauche une plaie pas encore complètement fermée. Les deuxième, troisième et quatrième doigts de la main droite sont contractés. Les mouvements de flexion et de supination ne se font que partiellement et difficilement. L'état des organes génitaux est le suivant: Entre les grandes et les petites lèvres normales, derrière l'orifice de l'urètre on remarque un bourrelet rouge foncé, mou et douloureux qu'on reconnaît être la muqueuse fortement enflammée et enflée de la paroi antérieure de la vessie. Il ne reste plus qu'une partie longue de 1 cent. $\frac{1}{2}$ de l'urètre. La cloison vésico-vaginale, c'est-à-dire la paroi postérieure de la vessie plus la paroi antérieure du vagin, a complètement disparu. Ces parties ont été détruites par la gangrène et

sont tombées, de sorte qu'il n'existe plus qu'une grande cavité, fermée par devant par le reste de l'urètre et la paroi antérieure de la vessie. Le haut de la cavité est formé par le fond de la vessie.

Par derrière elle est fermée par le reste du col de la matrice, la paroi postérieure du vagin et le périnée. La paroi postérieure du vagin et le périnée forment une masse compacte de tissu cicatriciel. Le vagin forme un conduit rigide dont les parois, au lieu de s'accoler comme dans un vagin normal maintiennent l'orifice béant. La partie vaginale du col de l'utérus a complètement disparu. La matrice elle-même est petite, atrophiée et fixée en antéflexion dans une masse compacte et dure de tissu cicatriciel. L'ouverture qui représente l'orifice utérin, est située dans la partie postéro-supérieure de la cavité. Elle est sténosée, mais par une pression un peu plus forte on parvient à y introduire une sonde utérine qui pénètre dans une cavité, la cavité utérine. L'orifice de l'urètre gauche est situé dans la cicatrice qui sépare le reste de la paroi antérieure de la vessie du vagin; l'urètre droit débouche librement dans le reste de la vessie. Toute la cavité de Douglas est remplie de tissu cicatriciel.

Avant de commencer une opération quelconque on essaya de remédier aux changements secondaires produits dans la vessie, le vagin et la région pubienne. On ordonna des bains de siège et on introduisit dans le vagin des tampons d'ouate enduits de vaseline boriquée pour retenir le prolapsus de la muqueuse vésicale, espérant qu'en même temps cela ramollirait un peu les tissus. Puis on essaya de rempla-

cer les tampons par un ballon de caoutchouc dont le tube servant à le gonfler passait par l'urètre. Tous les jours on l'enlevait et on lavait la cavité avec une solution d'acide borique. Mais quoiqu'on n'eût gonflé le ballon que très médiocrement, on fut obligé de délaisser cette méthode parce que le ballon irritait trop la muqueuse vésicale et provoquait de très fortes douleurs.

On revint aux tampons et aux lotions boriquées. On obtint comme résultat de ce traitement, que le vagin ne fut plus tellement dilaté par le prolapsus de la vessie, et on parvint à avoir une délimitation distincte entre le vagin et la vessie. Mais il fut impossible d'assouplir les parois, elles restèrent complètement rigides.

En nourrissant bien la malade on parvint à améliorer son état général, et au bout de huit jours on put se livrer à une inspection détaillée. On vit que l'urètre gauche était considérablement englobé dans la cicatrice entre le vagin et la vessie, et que cette cicatrice, comprimant l'orifice, empêchait l'urine de s'écouler librement. En sondant l'urètre on arriva à une profondeur de près de 30 centimètres, et on fit sortir une grande quantité d'urine un peu sanguinolente. L'urètre droit débouchait dans la vessie en dehors de la cicatrice. Les urines contenaient un peu d'albumine. En dehors de cela tout se trouvait dans les conditions déjà décrites précédemment.

Avant de commencer à opérer, il fallut d'abord passer en revue les différentes méthodes que nous avions à notre disposition. Je ne veux citer que pour mémoire la cautérisation fort en honneur autrefois, mais qui maintenant n'est plus admise que pour de toutes petites fistules

récentes et à peine perceptibles, ou pour des fistules un peu plus longues mais dont le trajet est dirigé obliquement à travers les tissus (1). Il en est de même pour la méthode de réunion secondaire préconisée par Amabile (2). Cet opérateur cautérise les lèvres de la fistule avec de l'acide sulfurique, et réunit ensuite les bourgeons charnus qui se forment par de petits crochets en maillechort, qui adaptent les lèvres de la fistule l'une contre l'autre pour permettre la cicatrisation.

La méthode de Jobert de Lamballe (3), son opération autoplastique par glissement par laquelle il réunit les bords de la fistule après les avoir avivé largement et fait pour empêcher la tension des incisions libératrices n'était pas plus indiquée dans notre cas. On peut dire la même chose de la méthode de Simon (4) qui n'est qu'une amélioration de la précédente principalement par sa suture à double plan. Il y a encore le procédé américain. Cette manière d'opérer, appelée ainsi par M. Verneuil (5) parce qu'elle a été inventée par différents chirurgiens américains Marion Sims, Hayward et Bozeman consiste à aviver la fistule en forme de cône dont le sommet est dirigé vers

1. Hegar und Kaltenbach. *Operative Gynecologie*.

2. Amabile. *La fistule vésico-vaginale*. Naples 1876.

3. Jobert de Lamballe. *Traité des fistules vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales*. Paris 1852.

4. Simon. *Ueber Heilung der Blasenscheidenfisteln. Neue Methode der Naht*. Giessen 1851.

5. Verneuil. *Mémoire de chirurgie. Note sur deux fistules vésico-vaginales, opérées et guéries par le procédé américain*. Bull. de l'Académie de Médecine, 1860. XXVI.

la vessie et la base vers le vagin. Cet avivement produit de larges surfaces saignantes qui facilitent l'adaptation et la cicatrisation. Les trois Américains se partagent à peu près de la façon suivante les innovations qui constituent ce procédé. Sims a inventé le spéculum univalve qui met bien plus facilement la fistule à portée de l'opérateur que l'ancien spéculum cylindrique. En outre, c'est lui qui a posé en premier les points de suture très rapprochés l'un de l'autre et s'est servi pour cela de fils métalliques. Hayward a introduit l'avivement large et la suture de grandes surfaces, et il a commencé à poser les fils en dehors de la muqueuse. Bozeman en se servant des procédés des deux précédents, avait imaginé de passer les fils dans une plaque métallique qui nouait les sutures et en même temps fixait et immobilisait la paroi vésico-vaginale. Du reste son innovation n'a pas tenu ce qu'elle promettait et on en est revenu.

Dans notre cas il était impossible de réunir directement les bords de la fistule, et il fallait rechercher une manière d'opérer plus compliquée. Il en existe plusieurs pour le cas de complication par une inflammation chronique, des adhérences aux os du bassin, de grandes masses de tissu cicatriciel rigide, etc.

Il faut avant tout penser à la méthode de formation de lambeaux ou de dédoublement. Cette méthode fut inventée par Dieffenbach (1) qui, après avoir légèrement avivé le pourtour de la fistule, séparait tout autour la paroi vagi-

1. Dieffenbach. *Physiological views relative to vesico-vaginal fistula and laceration of the bladder and vagina. The american journal of the medical sciences*, 1838 XXIII.

nale de la paroi vésicale sur une profondeur variant d'après les circonstances. Il obtenait ainsi un lambeau vésical et un lambeau vaginal repliés chacun dans sa cavité respective, ce qui donnait une large surface de rapprochement, et rendait les bords de la fistule plus mobiles. Ce même procédé a été employé par Gerdy (1) qui l'avait trouvé pour son compte, sans connaître les travaux de Dieffenbach. Malgré tous ces avantages le procédé n'a plus été employé pendant de longues années et ce n'est que dans les derniers temps qu'il a été repris et perfectionné. En Allemagne Walcher (2) a repris cette méthode en enlevant tout le tissu cicatriciel et en dédoublant les lèvres de la fistule.

Par ce moyen il mobilise les parties et rend la réunion par première intention plus facile. Fritsch (3) aussi forme dans la paroi vaginale des lambeaux qu'il réunit ensuite. En Russie Fénoménoff (4) forme aussi différents lambeaux dont le nombre se règle d'après la difficulté du cas. Ce qui lui paraît le plus important est la réunion très soignée des lambeaux vésicaux, et la suture vaginale ne vient qu'en seconde ligne. En France c'est surtout M. Ricard (5) qui s'en est occupé dans les derniers temps. Il

1. Gerdy. *Revue scientifique et industrielle*. 1844.

2. Walcher. *Die Auslösung der Narbe als Methode der Plastik*. *Centralblatt für Gynæcologie*, 1889, n° 1.

3. Fritsch *Ueber plastische Operationen an der Scheide*. *Centralblatt für Gynæcologie* 1888. n° 49.

4. Fenomenoff. *Vratch* 1893 n° 21.

5. Ricard. *Communication faite au congrès français de chirurgie sur le traitement des fistules vésico-vaginales*. Octobre 1896.

dissèque la muqueuse vaginale et la sépare de la vessie sur une étendue variable suivant le cas. Pour la suture il néglige complètement l'orifice vésical et se contente de réunir les lambeaux vaginaux en faisant passer les fils à leur base, autrement dit au fond du dédoublement.

Flaischlen (1) pour de plus grandes fistules opère à différentes reprises en réduisant progressivement l'ouverture et en employant aussi la méthode de formation de lambeaux. Pour les grandes fistules qui sont difficiles à atteindre, Trendlenburg (2) a indiqué une autre méthode.

Il fait la taille suspubienne, ouvre la vessie et de là avive et suture la fistule. Martin (3) a encore trouvé une autre façon d'opérer. Il forme des lambeaux vaginaux qu'il dissèque de côté. Il les replie dans la vessie, les réunit, et suture ensuite par-dessus la plaie vaginale. Pour opérer les fistules qui adhèrent fortement aux os du bassin, de sorte qu'on ne peut pas aviver suffisamment sur place, ni surtout former des lambeaux Schauta (4) a encore trouvé un autre moyen. Il fait une incision verticale extérieurement le long de la grande lèvre de la vulve, et pénètre par là jusque sur la branche descendante du pubis pour séparer les adhérences. De cette façon il rend très mobile le bord de la fistule et peut alors sans grande difficulté réunir et suturer la fistule par le vagin. Von

1. Flaischlen *Zur Heilung der Blasenscheidenfisteln durch Lappenplastik. Centralblatt f. Gynaecologie* 1895 n° 41.

2. Trendlenburg *Zur Operation der Blasenscheidenfisteln von der Blase aus. Deutsche med. Wochenschrift*, 1892.

3. A. Martin. *Zeitschrift für Gynaecologie*, 1891.

4. Schauta. *Centralblatt f. Gynaecologie*, 1893 n° 44.

Dittel (1) a même préconisé une méthode bien plus radicale, c'est de se servir de la laparotomie. Il incise le péritoine au fond de la cavité vésico-utérine et pénètre de là entre la vessie, l'utérus et le vagin. De cette façon il les sépare complètement l'un de l'autre, rend le fond de la vessie très mobile, et parvient facilement à fermer la fistule. Cette méthode très radicale n'est pas indiquée dans tous les cas et peut même devenir très dangereuse dans certaines circonstances.

Dans les toutes dernières années on a encore émis un autre point de vue, c'est l'emploi de la substance de l'utérus comme matériel plastique pour remplacer la perte de substance. Cela a été découvert et fait à la clinique de Strasbourg par M. le professeur W.-A. Freund (2) lequel a aussi publié un compte-rendu de sa méthode.

Il opère de la manière suivante : on ouvre la cavité de Douglas par le cul-de-sac postérieur du vagin, puis on prend le fond de la matrice qu'on replie en arrière et en bas pour le faire passer dans le vagin par l'ouverture. Le fond de la matrice occupe alors la partie inférieure du vagin. On en avive la paroi postérieure qui est dirigée maintenant vers devant et on y suture les lèvres avivées de la fistule. Après cela on forme dans le fond de la matrice un nouvel orifice utérin, en excisant la partie médiane du fond de la matrice en forme de cône, dont la pointe regarde la cavité utérine, et en posant une suture

1. Von Dittel. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1893. n° 25.

2. W. A. Freund; *Eine neue Operation zu Schliessung gewisser Harnfisteln beim Weibe*, *Sammlung klinischer Vorträge*, n° 118, 1895.

bordant le pourtour de la plaie formée. Cette méthode est indiquée dans les cas de perte de substance étendue, qui se compliquent de grandes cicatrices, d'une destruction du col de la matrice, et d'une oblitération du canal du col utérin. On est obligé de donner un nouvel orifice à la matrice pour empêcher la rétention du flux menstruel.

Mackenrodt (1), avait déjà peu de temps avant Freund employé la substance de l'utérus. Il incisa les deux côtés de l'orifice utérin et attira vers en bas la lèvre antérieure sur laquelle il fixa les bords de la fistule. Il se sert principalement du col de la matrice.

Nous avions le choix entre toutes les différentes méthodes que je viens de citer et il fallait après en avoir sérieusement pesé le pour et le contre se décider pour l'une d'entre elles. A cause de l'étendue de la perte de substance — la paroi vésico-vaginale avait presque complètement disparu — les méthodes simples étaient exclues de prime abord. Il ne pouvait pas être question d'un avivement en forme de cône et d'une réunion directe. Les méthodes par trop radicales comme celle de von Dittel avec laparotomie et pénétration par l'abdomen ne pouvaient pas non plus entrer en ligne de compte, la malade ayant une légère pyélonéphrite qui aurait pu provoquer de graves complications.

Tous les organes situés dans le bassin étaient sillonnés de cicatrices autant que les parties extérieures. En outre, la vessie, de laquelle il ne restait plus qu'environ

1. Mackenrodt. *Die operative Heilung grosser Blasenscheidenfisteln*. Centralblatt f. Gynaecologie, 1894, n. 8.

un tiers, était beaucoup trop petite pour une réunion directe.

Comme il n'existait plus de col utérin ni de paroi vaginale antérieure, et qu'on ne pouvait pas attirer la matrice vers le bas, la méthode de Mackenrodt ne pouvait pas servir non plus. En général, pour pouvoir employer avec succès la méthode de Mackenrodt il faut que la matrice entière et surtout la lèvre antérieure du col soient intactes. De plus, les restes latéraux de la paroi vésico-vaginale doivent être encore assez grands pour qu'on puisse les aviver et les dédoubler pour les suturer d'une façon solide sur l'utérus. Cette méthode ne peut donc être employée que dans le cas de perte de substance pas trop étendue.

Il fallait penser principalement à la méthode de Freund, car celle-ci a été inventée pour les cas de grandes pertes de substance et aurait peut-être pu être employée ici. La destruction du col utérin aurait été sans conséquence, car c'est précisément dans des cas de disparition du col et d'atrésie de l'orifice utérin que Freund a eu de beaux succès. Dans notre cas, nous aurions aussi trouvé en prenant la matrice le matériel nécessaire qui manquait pour fermer la fistule. Mais la cavité de Douglas était tellement remplie de paquets et de cordons de tissu cicatriciel qu'il eût été très difficile de pénétrer jusqu'à la matrice. Même en y arrivant elle était placée si haut que nous n'eussions pas pu la replier et l'attirer assez bas pour que son fond arrivât à toucher l'orifice supérieur de l'urètre. Sa portion cervicale était fortement fixée dans du tissu cicatriciel et son corps était considérablement

atrophie et rapetissé. Du reste Freund dit aussi dans sa publication que les indications pour sa méthode sont très restreintes. En outre il existait chez notre malade une légère pyélonéphrite dont le contact avec le péritoine eut pu devenir dangereux.

Comme la malade nous demandait instamment de lui conserver la faculté du coït, il fallait essayer de fermer la fistule par formation de lambeaux. C'était la seule méthode qui avait certaines chances de réussir.

Une circonstance aggravante était encore créée par la situation des uretères. Ils débouchaient dans le bord supérieur de la fistule et on risquait fort de les prendre ou au moins de les endommager pendant la suture. On se décida donc à ne pas essayer de suite la fermeture complète, mais à faire une petite opération préliminaire afin de rétrécir un peu la fistule et de libérer les orifices des uretères en excisant une partie de la cicatrice. Pour cela on fendit un peu des deux côtés l'orifice utérin pour l'élargir. On fendit de même l'uretère droit sur une longueur de 3 à 4 millimètres. Ensuite on excisa sur le côté droit un morceau de la cicatrice long d'environ 2 centimètres $1/2$ et large de 8 millimètres. On posa trois fils d'argent pour réunir les deux lèvres de la plaie. De cette façon on rapprochait la paroi postérieure de l'urètre du bord de la fistule. Mais la tension était trop forte et les fils coupèrent les tissus.

Après cet échec on essaya de former en une seule séance une nouvelle paroi vésico-vaginale et de fermer ainsi la fistule. L'opérateur fit le plan suivant : Nous ferons une incision en forme de croissant autour du bord

de la muqueuse vésicale pour la séparer de la matrice et des parties latérales du vagin. J'espère ainsi rendre la paroi vésicale assez mobile pour pouvoir la suturer à la partie postérieure de l'urètre.

Après avoir introduit dans les deux uretères de fines sondes de Nélaton pour pouvoir bien se rendre compte de leur position, on fit l'opération comme elle a été décrite en détail précédemment. Nous avons ainsi formé une nouvelle cavité vésicale dans laquelle les urines ne devaient pas stationner pour le moment parce qu'elles étaient directement conduites en dehors par les sondes des uretères.

Pendant quelques jours on crut avoir obtenu un bon résultat. Les urines passaient bien par les sondes et il n'y en eut qu'une quantité minime qui passa dans la vessie en suintant le long des sondes.

Mais après trois jours la sonde de l'uretère droit se boucha et il fallut l'enlever. Le bouchon contenait du mucus, beaucoup de leucocythes, des bactéries, et des sels urinaires. L'urine contenait 1 1/2 pour mille d'albumine d'après Esbach. On mit la malade à la diète lactée. Après peu de jours on vit de nouveau l'urine s'écouler entièrement par le vagin. Les lambeaux que nous avions formés s'étaient gangrénés et étaient tombés. Cela provenait probablement d'une nutrition insuffisante des tissus, car ils étaient un peu minces, et se composaient en grande partie de tissu cicatriciel. En outre, l'état général de la malade n'était pas du tout apte à provoquer une guérison rapide. La fistule était de nouveau tout aussi grande qu'avant l'opération.

Après s'être ainsi rendu compte de l'impossibilité de fermer la fistule par une seule opération, on se décida à essayer de la fermer par plusieurs petites opérations successives. Dans ce but on tâcha de rétrécir les deux coins supérieurs en les avivant et les suturant, mais on n'obtint malheureusement pas le moindre résultat.

Après ces tentatives infructueuses, on se vit obligé de renoncer à fermer la fistule directement et à remettre la malade dans un état ressemblant à l'état normal. On peut rapporter cet insuccès à la tension trop forte qui faisait couper les fils, comme dans la première et dernière opération, ou à la gangrène des lambeaux, comme dans l'avant-dernière. Cette gangrène était provoquée par la nutrition insuffisante des lambeaux parce que le tissu cicatriciel s'était complètement infiltré dans tous les tissus environnants. Ne voulant pas envisager le cas comme désespéré et renvoyer la malade dans le même état que celui dans lequel elle était arrivée à la clinique il fallut se décider à essayer la colpocleisis.

Cette opération n'est de longtemps pas l'opération idéale pour la fermeture des fistules, car loin de se rapprocher d'une restitution à l'état normal — que nous devons toujours tâcher d'obtenir — elle crée un état tout à fait différent. En outre, l'opération en elle-même présente pas mal de désavantages, 1° elle enlève aux opérées toute possibilité de coït et naturellement aussi de conception, et pour cette seule raison on voit beaucoup de malades, surtout de femmes mariées, refuser absolument de s'y soumettre. 2° Le vagin n'est pas destiné à servir de réservoir

aux urines, et on y voit souvent se former des calculs. Freund(1) a déjà fait remarquer cet inconvénient il y a longtemps. On s'est même déjà vu obligé après un temps assez court de détruire le résultat de l'opération pour pouvoir extraire le calcul comme Neugebauer (2) et encore d'autres en citent le fait. On voit aussi souvent les femmes demander elles-mêmes l'ouverture de la colpocleisis parce qu'elles trouvent leur état insupportable. 3°. La muqueuse vésicale n'est pas faite pour recevoir le flux menstruel et dans ce cas il se produit quelquefois un catarrhe chronique.

Malgré tous ces inconvénients, on est parfois obligé de recourir à cette opération, faute de pouvoir faire autre chose pour des causes diverses. On connaît aussi un grand nombre de cas — et c'est la majorité — dans lesquels les femmes se louaient beaucoup du résultat obtenu et où aucune de ces incommodités ne se présenta. En tous les cas la colpocleisis supprime le symptôme le plus désagréable de la fistule, l'incontinence d'urine, ce qui est déjà énorme.

Il fallait avant tout décider auquel des trois endroits on ferait l'opération, si ce serait à la partie supérieure, moyenne, ou inférieure du vagin.

Comme le fait remarquer Deroubaix (3) les trois places offrent des chances de réussite différentes. La partie

1. W. A. Freund. *Kurze Geschichte der Urinfisteln beim Weibe. Beiträge zur Gynæcologie.* Breslau 1863.

2. Neugebauer. *Centralblatt f. Gynæcologie* 1883. N° 9.

3. Deroubaix, *Traité des fistules uro-génitales de la femme.* Bruxelles 1870.

supérieure est assez favorable. Les parois du vagin y sont très mobiles et le col utérin offre en même temps un point d'appui solide. Par contre il ne faut pas qu'il existe de rétractions cicatricielles, car celles-ci entraînent les culs-de-sac péritonéaux qu'on court grand risque d'inciser. La partie moyenne est la meilleure. On n'y risque pas de lésions péritonéales. En outre à cet endroit le vagin est large et les nombreux plis qu'il fait facilitent beaucoup la dissection et la juxtaposition des parties. La partie inférieure est la moins favorable vu que les parties molles voisines du bulbe du vagin adhèrent fortement à l'aponévrose périnéale moyenne et que l'urètre est fixé à la symphise pubienne, et que son canal a lui-même peu d'épaisseur. Malgré cela on est toujours obligé de se régler d'après le cas spécial.

Après avoir obtenu le consentement de la malade et de son mari, on essaya la colpocleisis d'abord à la partie moyenne du vagin et après insuccès on la fit à la partie inférieure de la façon décrite plus haut.

La malade a été opérée en tout sept fois ; pendant près d'un an elle a souffert de sa fistule, et a été en traitement à la clinique de Strasbourg pendant neuf mois. Nous sommes parvenus, avec grand peine il est vrai, à la guérir de son incontinence d'urine. Depuis elle est retournée en Russie et nous avons reçu de là-bas de très bonnes nouvelles de sa santé.

Il ne nous reste plus qu'à considérer le pronostic du cas, qui nous paraît assez bon.

La femme peut de nouveau garder ses urines, provisoirement seulement pendant une heure, mais il est plus

que probable qu'avec le temps la capacité de la nouvelle vessie augmentera considérablement. Je ne crois pas que la formation d'un calcul soit à craindre parce que nous avons suturé l'extrême bord supérieur de l'urètre aux parois vaginales pour faire la colpocleisis. De cette façon nous avons évité qu'il ne se formât un pli transversal à cet endroit au fond de nouveau réservoir urinaire et grâce à cela il n'y a pas du poche dans laquelle l'urine puisse séjourner et donner ainsi l'occasion de la formation de calculs.

Il y a encore un autre point à prendre en considération, ce sont les règles. Si elles reviennent le flux menstruel devra passer par la vessie et l'urètre. Mais pendant tout son séjour à la clinique la malade n'a pas eu ses règles et pendant le mois qu'elle y a encore passé après sa guérison elles ne se sont pas non plus rencontrées. Bien qu'on sache que souvent les règles cessent pendant la durée d'une fistule pour revenir après la guérison, je ne crois pas qu'on ait à craindre cela dans notre cas. Tout l'appareil génital de la femme a été tellement ravagé, et la matrice en particulier est tellement envahie par le tissu cicatriciel que je ne crois pas au retour des règles, surtout comme la femme a déjà quarante ans. Dans notre cas l'absence des règles ne pourrait être qu'avantageuse.

Je crois avoir démontré que nous avions devant nous un cas spécial où, malgré tous les progrès de la technique opératoire gynécologique, il était impossible d'employer n'importe quelle méthode opératoire en dehors du pis-aller de la colpocleisis. Nous pouvons lui comparer

un cas de M. Gauthier (1) de Genève, publié en 1879, presque identique au nôtre, et comme lui nous n'avons rien pu faire d'autre que la colpocleisis.

Je conclus donc, quoique M. Mackenrodt (1) prétende qu'il n'existe plus de fistules inguérissables et que la colpocleisis comme moyen palliatif est absolument inutile, qu'on se trouve quelquefois — heureusement plus souvent, — devant des cas de gravité telle qu'il n'y a absolument que cette opération-là à faire. Il est vrai que les immenses progrès qu'on a fait dans les derniers temps, rendent ces cas beaucoup plus rares.

1. V. Gauthier. *Fistule vésico-uréthro-vaginale*. Lausanne, 1879.

2. *Centralblatt für Gynæcologie*, 1894, n° 8.

Vu par le Président de la thèse

PAUL BERGER

Vue par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

